

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Décembre 1893, à 1 heure

Par EUGÈNE-MARIE-GABRIEL DURAN,

Né à Saléchan (Hautes-Pyrénées), le 3 août 1866.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DU

SARCOMME PRIMITIF

DU POUMON

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Professeur : M. GARIEL.

Agrégés : MM. { DÉJERINE.
WEISS.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

62

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Décembre 1893, à 1 heure

Par EUGÈNE-MARIE-GABRIEL DURAN,

Né à Saléchan (Hautes-Pyrénées), le 3 août 1866.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DU

SARCOMÈ PRIMITIF

DU POUÏON

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Professeur : M. GABRIEL.

Agrégés : MM. { DEJERINE.
WEISS.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 Rue, Racine, 15

1893

A MON MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR FERRAND,

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY,

Médecin de l'hôpital Laënnec,
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Au cours de l'année d'externat que nous venons de passer dans le service du docteur Ferrand à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion d'observer une femme qui était entrée pour de vives douleurs intercostales qu'elle ressentait au côté gauche.

Jeune encore, elle était anémiée, pâle et légèrement amaigrie. Le lendemain de son entrée, après un examen complet, on porta le diagnostic de pleurésie interlobaire. La marche ultérieure de la maladie ne devait pas justifier ce diagnostic. En effet, aux signes pleuraux du début, vinrent s'ajouter des signes pulmonaires peu en rapport avec l'existence d'un simple épanchement. On était hésitant sur la nature de l'affection lorsque, quelques jours plus tard, l'apparition de l'engorgement des ganglions axillaires, la présence d'une expectoration sanguinolente et l'intensité des phénomènes généraux firent songer à un néoplasme pulmonaire. L'autopsie vint en effet confirmer ce diagnostic et nous permit de recon-

naître l'existence d'un sarcome primitif du poumon gauche.

L'histoire clinique et anatomique de cette lésion étant peu connue, il nous a paru intéressant d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons pu ajouter au cas que nous avons recueilli, quelques observations qui nous ont servi à édifier cette description. Dans ce travail nous avons eu en vue l'étude de l'évolution anatomique et surtout clinique du sarcome primitif du poumon.

Nous avons cru également devoir insister sur plusieurs points du diagnostic pour montrer que s'il est impossible au début, il peut, à une époque plus ou moins éloignée du terme final, être établi d'une façon à peu près certaine.

Enfin, mettant à profit une observation de sarcome pleural recueillie dans le service du docteur Lancereaux, nous avons rapproché les deux cas et mis en parallèle leur évolution, pour bien montrer que non seulement il y a, entre le sarcome pleural et le sarcome pulmonaire, des différences anatomiques, mais aussi une marche et une symptomatologie différentes.

L'étude de la pathogénie du sarcome primitif, la recherche de son point de départ histologique sont des questions assurément intéressantes, mais qu'il nous a été impossible de traiter à fond dans ce modeste travail.

Et maintenant, avant d'aborder notre sujet, nous

estimons de notre devoir d'exprimer nos sincères remerciements aux maîtres qui pendant plusieurs années nous ont guidé dans l'étude de la médecine.

Nous adressons à M. le docteur Dujardin-Beaumetz, à M. le docteur Gaucher, professeur agrégé, l'expression de notre reconnaissance.

Que M. le docteur Ferrand qui a été pour nous un maître plein de bienveillance reçoive l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous remercions vivement M. le professeur Landouzy de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

L'histoire du sarcome primitif du poumon remonte à bien peu de temps. En 1845, Grangin, dans sa thèse de doctorat, rapporte plusieurs cas de tumeurs primitives du poumon sans insister sur la nature de ces tumeurs. D'après la lecture de ces observations, il semble que quelques-unes d'entre elles ont trait au sarcome. Toutefois, rien de bien net, de bien précis jusqu'en 1879, époque à laquelle fut relaté le premier fait de tumeur sarcomateuse primitive du poumon.

Cette année, le 10 novembre, un professeur de Bologne, Victorio Colomatti, tout en ouvrant un cadavre à l'amphithéâtre d'anatomie, fut étonné de trouver une tumeur énorme siégeant dans le poumon droit. Après examen microscopique, il reconnut l'existence d'un sarcome, localisé au poumon et ayant débuté sans aucun doute dans cet organe.

Plus tard, en 1887, Fuchs, de Munich, apporta à l'appui de l'assertion de Colomatti douze observations de sarcome primitif du poumon.

L'authenticité de ces faits ne paraissait pas encore bien établie, et Hechs et Birsch-Hirschfeld en nièrent catégoriquement l'existence. « Il n'est pas démontré, écrivait Birsch-Hirschfeld, que l'on ait trouvé des sarcomes primitifs du poumon, malgré les quelques témoignages particuliers en faveur de cette opinion. »

Cependant l'éveil était donné de ce côté. Aux observations de Fuchs et de Colomatti vinrent s'ajouter celles de Spillmann et de Haushalter, en 1891.

La même année, Scheck, dans la *Revue allemande de médecine clinique*, cite deux observations.

Braunreuter fait sa thèse la même année sur le sarcome primitif du poumon et relate deux faits nouveaux.

Au commencement de l'année 1892, les travaux de Schwalbe apportent à la science deux observations nouvelles.

Au mois de novembre de la même année, Gaston Walch, interne des hôpitaux, fait paraître dans les *Bulletins de la Société anatomique* un nouveau cas de sarcome primitif pulmonaire.

Enfin, au mois de mars 1893, un nouveau fait est relaté dans les *Bulletins de la Société anatomique* par M. Raymond, interne des hôpitaux.

Aujourd'hui, l'existence du sarcome primitif du poumon, quoique très rare, n'est plus contestée par personne et le nombre des cas bien établis s'élève à 25 environ.

ETIOLOGIE

Le sarcome primitif du poumon, qui ne le cède en malignité qu'au cancer, est beaucoup plus rare que cette affection.

D'après Fuchs, sa fréquence par rapport au carcinome ne serait que de 1 à 7.

Le sexe paraît avoir une certaine influence. L'homme serait plus prédisposé que la femme. Sur 18 sarcomateux, Fuchs a trouvé 6 femmes pour le double d'hommes. Dans les cinq observations que nous rapportons, une seule fois le sujet a été une femme.

Le sarcome du poumon paraît avoir une prédilection pour la première moitié de la vie. Sur 16 cas où l'âge fut spécifié, on le rencontra deux fois plus avant 40 ans qu'après.

L'enfance n'est pas à l'abri de cette redoutable affection. La science possède, en effet, cinq observations d'enfants âgés de moins de 15 ans.

Dans une seule de ces observations, le sujet était âgé de plus de 40 ans.

D'habitude, le sarcome n'envahit pas les deux poumons à la fois ; un seul est pris et c'est de préférence le gauche. Sur les douze observations de Fuchs, la tumeur siégeait 7 fois à gauche.

Dans les deux cas de Spillmann, ainsi que dans ceux que nous rapportons, c'était aussi le poumon gauche qui était atteint.

La tumeur se développe de préférence dans les lobes inférieurs que dans les supérieurs.

Mais comment se développe le sarcome ? Quelle est la cause essentielle qui favorise son évolution ? La cause vraie nous échappe. Rappelons seulement que deux théories sont en présence : la théorie parasitaire, d'une part, et, d'autre part, la théorie de Conheim, d'après laquelle les tumeurs, en général, sont le produit d'une aberration histogénique.

Quel est l'agent qui détermine les cellules embryonnaires à s'hypertrophier ? Pourquoi, dans certains cas, la tumeur évolue-t-elle dès l'enfance ; pourquoi, d'autres fois, attend-elle pour se développer, l'âge moyen de la vie ?

Toute cette partie de l'histoire de l'affection est encore entourée d'une grande obscurité. Ce qui est certain, c'est que l'hérédité joue un très grand rôle.

Comme causes occasionnelles, nous citerons les émotions morales dépressives, sans toutefois aller jusqu'à prétendre avec Winckel que les traumatismes psychiques peuvent créer la lésion de toutes pièces.

Comme causes localisantes, Georgi a relaté les traumatismes thoraciques qui produiraient un *locus minoris resistentiæ*, pouvant favoriser l'évolution du sarcome.

La sclérose pulmonaire serait encore une cause de sarcome primitif. Harting et Hesse ont noté la fréquence du sarcome pulmonaire chez les ouvriers des mines de cobalt arsénical de Schneeberg. La cause serait, dans ce cas, l'arsenic qui, se combinant avec le cobalt et le bismuth, produirait une inflammation pulmonaire des bronches et du tissu pulmonaire et amènerait une modification sarcomateuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les formes anatomiques et l'évolution histologique du sarcome primitif du poumon sont excessivement variables. D'une façon générale, le sarcome du poumon forme une tumeur volumineuse. Tantôt elle est de la grosseur d'un œuf de pigeon ; le plus souvent son volume est beaucoup plus considérable ; son poids peut atteindre 1800 grammes (Obs. I) et même 3000 grammes (Obs. V). Tantôt elle n'envahit qu'une seule partie de l'organe, tantôt elle le détruit en entier, ne laissant comme vestige qu'une simple languette de tissu pulmonaire (Obs. I). Ses proportions deviennent parfois considérables et prennent des dimensions telles que le diaphragme, les reins peuvent être abaissés (Obs. II). A la vue, elle est arrondie, bosselée, entourée d'une capsule fibreuse Cette capsule disparaît à la période de dégénérescence. A ce moment la tumeur se présente sous la forme d'une masse molle grisâtre, s'effritant facilement et analogue comme aspect aux circonvolutions céré-

brales. Parfois la tumeur présente de petits noyaux de sphacèle; d'autres fois elle devient le siège de poches kystiques dues le plus souvent à une ancienne collection sanguine (Obs. II et IV).

Dans certains cas elle apparaît sous la forme d'une masse dure, accolée aux côtes avec lesquelles elle a contracté des adhérences impossibles à rompre et présentant à la coupe un aspect lardacé (Obs. III).

Histologiquement la tumeur se présente sous quatre formes principales. Tantôt et le plus souvent c'est un sarcome à cellules fusiformes. Plus rarement sa structure est celle du sarcome à cellules rondes ou à cellules géantes.

D'autres fois le tissu prend par place l'aspect alvéolaire. Dans une quatrième variété le tissu sarcomateux se trouve mélangé au tissu muqueux et constitue le myxo-sarcome. Enfin dans certains cas on se trouve en présence de lympho-sarcomes.

Le sarcome à cellules rondes présente à la coupe une surface bien unie, lisse, régulière, à coloration rougeâtre. Le raclage ne donne qu'une très petite quantité de suc clair et pauvre en éléments figurés. La tumeur est constituée par de grosses cellules rondes, remarquables par le volume de leurs noyaux et la petite quantité de protoplasma.

Le sarcome à cellules fusiformes se caractérise par des cellules effilées à leurs deux extrémités et

se présentant à la coupe sous l'apparence de tourbillons ou de bandes longitudinales. Ce sont les vaisseaux sanguins qui président à leur disposition.

Dans la forme alvéolaire, le tissu interstitiel s'est modifié et se dispose en forme de cavités renfermant des masses de cellules que ne réunit plus aucune substance fondamentale.

Cette variété constitue le sarcome carcinomateux de Virchow qui a été observé par Krœnig.

À côté de ces formes principales se placent d'autres variétés moins importantes.

Nous citerons en premier lieu les myélopaxes caractérisés par leur peu de consistance, leur coloration rougeâtre, leur vascularisation très abondante; ils sont très rares dans le sarcome du poulmon.

Il convient de parler encore du sarcome mélanique qui n'est autre chose qu'un sarcome à la fois fusiforme et globo-cellulaire dont les cellules ont été envahies par des granulations spéciales.

La forme la plus fréquente dans le sarcome du poulmon est la variété à cellules fusiformes. Fuchs, dans ses observations, a trouvé six fois des sarcomes à cellules fusiformes et deux fois des sarcomes à cellules rondes. Dans le cas de Colomatti il s'agissait d'un myxo-sarcome. Dans l'observation que nous rapportons, nous avons affaire aussi à une tumeur constituée par des

cellules disposées en faisceaux et séparées par de minces travées conjonctives; il en était de même dans les observations II, IV et V.

ORIGINE. EVOLUTION DU SARCOME

Le développement primitif du sarcome du poumon n'est pas encore complètement élucidé. Sous le nom de développement primitif, on a étudié et décrit les diverses phases de l'évolution histologique de la tumeur.

Histologiquement, l'évolution du sarcome est caractérisée par la prolifération des cellules conjonctives et la formation de tissu embryonnaire.

Le point de départ paraît être dans le tissu pulmonaire lui-même, mais alors ce n'est pas dans la prolifération des cellules épithéliales qu'il faut en rechercher l'origine mais dans le tissu conjonctif péri-alvéolaire.

Il y aurait encore lieu de se demander si le point de départ ne se trouve pas dans les ganglions bronchiques. On aurait alors affaire à un lympho-sarcome comme prétend l'avoir constaté Braunreuter.

La tumeur une fois constituée, l'accroissement se fait aux dépens de ses propres éléments. Il est à la fois périphérique et interstitiel. Sous la

membrane d'enveloppe, en effet, on remarque une zone embryonnaire dont la vie est très active et qui tend à refouler la capsule. Dans l'intérieur de la tumeur elle-même se trouvent de petits foyers qui évoluent pour leur propre compte.

Souvent les éléments sarcomateux franchissent la capsule et produisent des métastases dans les tissus voisins; le fait est facilement appréciable dans les sarcomes mélaniques. On observe dans ces cas qu'à distance de la tumeur primitive, il existe des éléments malades reconnaissables à leur pigmentation.

La circulation est très active dans ces sarcomes.

La tumeur, une fois constituée, reste dure, consistante, mais parfois elle se ramollit et tend à la dégénérescence. La dégénérescence la plus commune est la dégénérescence graisseuse. Les cellules sont d'abord infiltrées de graisse, puis leurs limites cessent d'être fixes et finissent par se détruire.

On peut encore observer une inflammation suppurative, des transformations vasculaires, calcaires et osseuses, ces dernières sont très rares dans le sarcome primitif du poumon.

Les métastases quoique beaucoup plus rares que dans le cancer sont cependant assez fréquentes. La plèvre est toujours altérée. Parfois elle est très épaissie, souvent elle présente des adhérences tantôt molles et lâches, tantôt dures et résistantes. D'autres fois ce sont des néomembranes très vas-

culaires qui constituent les adhérences. Dans bien des cas, le tissu pleural lui-même est envahi et détruit par la tumeur.

Les altérations pleurales donnent souvent lieu à un épanchement ; le liquide peut être hémorrhagique, constitué par du sang pur, par de la sérosité sanguinolente ou par un liquide rouge brun.

Parfois le liquide n'est pas hémorrhagique ; il s'agit alors d'un épanchement par inflammation ou par compression.

Les altérations des ganglions lymphatiques sont fréquentes et précoces. Les ganglions bronchiques et trachéaux sont les premiers à recevoir le sarcome ; puis les ganglions sus-claviculaires, axillaires sont atteints par la tumeur. Les ganglions envahis sont gros, bosselés, parfois pigmentés.

Dans le cas que nous avons observé, les ganglions de l'aisselle étaient seuls pris, ce fait vient à l'appui des faits étudiés par M. Souligoux, professeur à la Faculté, tendant à démontrer non seulement l'existence des lymphatiques de la plèvre mais encore la communication de ces lymphatiques avec ceux des parois thoraciques en général et des ganglions de l'aisselle dans ce cas particulier.

Dans l'observation de M. Reymond, les ganglions du hile étaient gros comme une dragée.

Mais la lésion ne s'arrête pas là. D'autres organes peuvent souffrir de son envahissement. La trachée, les bronches, l'aorte, les veines jugulaires, la veine cave supérieure peuvent subir les atteintes

de la tumeur. L'œsophage, grâce à sa mobilité, échappe à toute compression.

Le cœur est souvent dévié surtout lorsque la tumeur siège à gauche, il peut se trouver tout entier à droite de la ligne médiane (Ob. I et II). Parfois il peut être déplacé en masse (Ob. I), ou subir un mouvement de torsion ; on voit dans ce dernier cas les vaisseaux de la base tordus sur eux-mêmes.

Le cœur est souvent le siège de production sarcomateuses ainsi que le péricarde ; ce dernier contient très souvent du liquide.

Le diaphragme, les reins, la rate, le foie peuvent être abaissés (Ob. I-II).

Les os, sternum, côtes, rachis présentent parfois des productions sarcomateuses, le plus souvent ils sont simplement déviés.

Enfin les nerfs du voisinage, le phrénique, les intercostaux, le pneumogastrique, le grand sympathique peuvent être envahis ou comprimés par la lésion. Dans notre cas, il n'y a pas eu de transport ni de propagation de la maladie. Dans une observation de Braunreuter, le foie, les reins et même le rachis se trouvent être le siège de noyaux secondaires.

Le poumon atteint est parfois détruit complètement. Quand une partie seulement est envahie, c'est de préférence le lobe inférieur. Dans ce cas le lobe supérieur et le lobe moyen sont congestionnés, emphysémateux.

A côté de cette forme de sarcome pulmonaire proprement dit, il convient de dire quelques mots du sarcome se développant primitivement dans la plèvre. Au point de vue anatomique, le sarcome pleural diffère du précédent par l'absence de capsule, absence provenant de la disparition totale des feuillets pleuraux. Par suite, la tumeur est directement appliquée contre la paroi thoracique (Ob. II).

Au point de vue macroscopique et de la structure histologique, les différences sont à peu près nulles.

Enfin, si on recherche le point de départ, il y a lieu de se demander si, dans les cas de sarcome pulmonaire, on n'a pas affaire tantôt à un lympho-sarcome, tantôt à un sarcome développé aux dépens du tissu cellulaire sous-endothélial. Aujourd'hui que l'existence des lymphatiques paraît démontrée, la première hypothèse paraît la plus vraisemblable.

SYMPTOMES

La connaissance du sarcome primitif du poumon nous a été fournie surtout par les autopsies. Aussi l'histoire clinique de cette affection se ressent-elle encore de l'incertitude de nos données scientifiques et ce chapitre de la pathologie est-il entouré d'une grande obscurité. Nous croyons cependant que cette affection revêt dans la plupart des cas une physionomie particulière qui permet de la caractériser.

Pour mieux faire l'étude symptomatique de cette lésion, nous diviserons son évolution clinique en trois périodes : une période de début, une période d'état et une période de déclin ou de cachexie.

A la période de début il n'existe pas de symptômes spécifiques de la maladie et il nous est impossible de la supposer. En effet la toux est peu intense ; la douleur ne se traduit que par un léger point de côté ; le thorax est simplement le siège d'un sentiment de pesanteur ou de picotement. Le malade n'a pas de dyspnée ; il a tout au

plus la respiration un peu courte. La percussion et l'auscultation fournissent peu de renseignements. Il y a le plus souvent un peu de matité avec une légère diminution du murmure vésiculaire. Il n'y a pas encore de phénomènes de compression. L'expectoration est nulle ou sans aucune valeur. L'état général reste bon ; l'appétit disparaît parfois à cette période, les forces diminuent un peu mais d'une façon peu appréciable. Le plus souvent, l'affection est prise à ce moment pour une pleurésie (Ob. I et III).

Parfois elle simule une affection aortique. Dans le cas de Spillmann (Ob. V) le malade se plaignait de palpitations, la région précordiale était soulevée par des battements énergiques. Le sujet de M. Reymond présentait les signes d'une péricardite.

Mais à mesure que la maladie évolue les symptômes perdent de leur banalité et s'accroissent à la deuxième période.

A ce moment, la toux devient saccadée, pénible, quinteuse, empêchant le malade de reposer et amenant le rejet des matières. Dans certains cas, elle revêt le caractère de la toux coqueluchoïde, elle résulte alors de la compression des nerfs vagues.

La douleur de légère qu'elle était, devient ponctive, térébrante, arrachant des cris au malade. Elle peut s'irradier à l'épigastre, à l'épaule et s'étendre jusque dans le cou et dans la région

lominaire comme chez le sujet de M. Lancéreaux. Elle prend dans certains cas les caractères de la névralgie intercostale comme nous avons pu le constater chez notre malade.

La dyspnée est variable dans son apparition. L'affection peut en effet évoluer jusqu'à la dernière période, sans que le malade ait présenté la moindre gêne de la respiration (Ob. V).

Toutefois, à ce moment, elle devient intense, s'accroissant au moindre effort que fait le malade. Parfois elle prend la physionomie de la dyspnée asthmatique et s'exagère la nuit. A mesure que la maladie fait des progrès, le sujet a souvent des crises dyspnéiques, si terribles parfois qu'on a dans deux cas pratiqué la trachéotomie.

La face est bouffie, les yeux injectés, saillants, les lèvres violacées, les veines du cou turgescents, autant de symptômes dénotant la marche de l'asphyxie. Quand on ausculte le malade pendant ces crises, on est étonné de la disproportion qui existe entre cette dyspnée et l'altération des signes stéthoscopiques. L'auscultation en effet ne laisse entendre que quelques râles bronchiques ou une respiration soufflante.

L'expectoration nullement caractéristique au début peut à cette période fournir d'utiles renseignements par l'examen bactériologique et histologique. Cet examen, en effet, est un des moyens les plus précieux dans les cas douteux. L'absence de bacilles de Koch nous permet d'exclure la tuber-

culose. Toutefois la présence de ces bacilles n'implique pas la non existence du sarcome ; les deux lésions pouvant exister en même temps.

Lorsqu'on a la bonne fortune de trouver, dans les matières expectorées, quelques parcelles du néoplasme, le diagnostic ne laisse plus de doute.

Les crachats qui étaient muqueux sont devenus muco purulents ou purulents. Parfois ils ont une odeur fétide et dénotent alors l'existence d'une caverne. Le malade expectore abondamment. Parfois les crachats deviennent hémorrhagiques, constitués par du sang noir ou du sang rouge pur. Jamais on n'a trouvé, dans le sarcome du poulmon, de crachats *nummulaires*. L'expectoration peut dans certains cas prendre l'aspect de la gelée de groseille ; c'est un des bons symptômes de l'existence d'une tumeur maligne ; elle se trouve toutefois dans d'autres maladies chroniques du poulmon. Parfois le malade n'expectore pas (Ob. II-IV), ce fait doit éveiller l'idée de l'existence possible d'une tumeur pleurale (Ob. II).

A l'inspection du thorax, on remarque que la cage thoracique est dilatée du côté où siège la lésion ; elle est aussi le plus souvent immobilisée de ce côté. Les parois sont œdématisées et deviennent le siège d'une circulation supplémentaire (Ob. I et II).

Les côtes sont parfois déformées ; le sternum peut être dévié ou bombé en avant. On voit parfois

la tumeur faire saillie dans le creux sus-claviculaire.

La palpation nous montre que les vibrations thoraciques sont très diminuées, sinon complètement abolies. Quand la tumeur est sous forme de noyau, les vibrations abolies dans la région envahie persistent dans le voisinage et peuvent permettre de localiser la lésion. La température du côté malade est souvent plus élevée (Ob. II).

La percussion montre une matité complète. L'auscultation est variable suivant la forme de la tumeur. Les tumeurs circonscrites ne donnent que rarement lieu à des phénomènes d'auscultation, parce qu'elles sont situées dans la profondeur du poumon et qu'elles sont toujours séparées de la surface par du tissu aéré. Aussi sont-elles le plus souvent méconnues. Les formes diffuses se traduisent par tous les signes d'une infiltration chronique. Au début, le murmure vésiculaire est simplement diminué, comme nous l'avons déjà dit. Mais à cette deuxième période, la lésion s'étant étendue, la respiration est très affaiblie et finit par ne plus s'entendre. Parfois, l'auscultation nous permet d'apprécier l'existence d'un souffle amphorique dénotant la présence d'une caverne.

Les urines le plus souvent ne présentent rien d'anormal ; pas de sucre ni d'albumine. Elles peuvent toutefois dans certains cas être pauvres en urée. Chez notre sujet le taux de l'urée s'était abaissé à 14 grammes par jour. L'examen du

sang, surtout quand il s'agit de lympho-sarcomes, indique une augmentation de globules blancs.

Les phénomènes de compression nuls au début, apparaissent à ce moment. Toutefois ces signes si fréquents dans le cancer, sont relativement rares ici. Cela tient à ce que le sarcome est constitué par du tissu mou, embryonnaire, sans consistance, qui ne comprime pas les organes avec lesquels il est en rapport. Ce n'est que dans les cas où la tumeur a acquis de grandes proportions, qu'elle exerce son influence dans le voisinage. La trachée, les bronches, échappent rarement à la compression et leur rétrécissement se caractérise par de l'essoufflement avec gêne de la respiration, pouvant amener des accès de dyspnée épouvantables. Le cœur lui aussi peut être comprimé. Le malade a alors des palpitations, des syncopes parfois mortelles. Très souvent le cœur est simplement dévié ou refoulé contre la paroi thoracique. On peut, sentir la pointe battre sous le mamelon droit (Ob. II) et même à trois centimètres en dehors de la ligne mamillaire (Ob. IV).

La compression des nerfs provoque des douleurs atroces, sans parler de certains phénomènes, tels que la toux, le hoquet, les vomissements, les troubles de la voix.

L'œsophage, refoulé par la tumeur, peut être rétréci et alors il en résulte une dysphagie parfois si accentuée que les aliments liquides ne peuvent plus passer (Ob. IV).

Quand la veine cave supérieure et ses branches sont comprimées, les veines du cou deviennent turgescents et une circulation collatérale s'établit.

Le diaphragme peut être refoulé à son tour (Ob. II) la respiration devient alors difficile, le phénomène de l'effort impossible par suite de l'impotence fonctionnelle de ce muscle. Les reins, la rate, le foie peuvent être envahis.

Nous avons à parler encore d'un autre symptôme qui résulte lui aussi de l'extension de la tumeur ; c'est le cornage. Schwalbe regarde ce symptôme comme pathognomonique de la lésion. Son assertion est un peu exagérée. Il faut reconnaître toutefois que ce symptôme est très fréquent dans le sarcome pulmonaire.

L'état général a un peu empiré à cette deuxième période. L'appétit n'est plus conservé ; les digestions ne se font plus ; le malade est sujet à des diarrhées qui l'affaiblissent beaucoup. Les forces ont diminué et l'amaigrissement est considérable. Les nuits, le malade ne repose plus à cause des douleurs insupportables qu'il ressent ; il est sujet à des sueurs nocturnes abondantes. Ce n'est pas encore cependant l'état cachectique de la dernière période. Le sujet a des moments d'accalmie ; la toux, les douleurs disparaissent pendant deux ou trois jours, la diarrhée s'arrête et une sorte d'amélioration semble se produire. Mais ce bien-être momentané n'est que factice car l'affection con-

linuant sa marche va plonger le malade dans un état dont il ne se relèvera plus.

A la troisième période en effet, les symptômes généraux s'aggravent de plus en plus. Le malade ne mange presque plus ; les diarrhées deviennent continues. L'amaigrissement est rapide ; la peau devient sèche, terreuse ; le malade est anémié, pâle, sans toutefois acquérir le teint jaune-paille, caractéristique du cancer. La toux et les douleurs sont incessantes. Les crises de dyspnée sont intenses. A ce moment on voit apparaître du muguet, signe de l'état cachectique (Ob. II). Peu à peu cet état s'accroît, un œdème considérable envahit les extrémités et le malade meurt le plus souvent par épuisement.

En résumé, nous voyons par l'étude de ces symptômes qu'aucun d'eux n'est pathognomonique du sarcome primitif du poumon. Par contre l'association de ces phénomènes pourra nous permettre dans bien des cas de supposer la maladie dont ils sont la manifestation.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON

La marche du sarcome peut se diviser en trois périodes.

Dans la première période ou période de début, la lésion présente des symptômes tels qu'il nous est impossible de la supposer. Que de fois, en effet, n'a-t-on pas pris pour une pleurésie ou pour une tuberculose au début, les phénomènes émanant de l'existence d'un sarcome. Dans d'autres cas, la maladie prend l'aspect d'une affection cardiaque et produit bien des erreurs.

Dans la deuxième période, les symptômes se précisent et le diagnostic devient probable. Toutefois, à ce stade de la maladie, que d'incertitudes ? L'affection ne se caractérise que par des phénomènes tels que la toux, la douleur, l'oppression, la matité et l'obscurité respiratoire, autant de signes communs à beaucoup de maladies pulmonaires. Les symptômes d'oppression permettent toutefois de deviner la maladie.

Enfin, à la troisième période, la maladie revêt une physionomie assez particulière pour que l'hé-

sitation ne soit plus possible. La cachexie avec toutes ses complications nous permet, en effet, de certifier l'existence d'une tumeur maligne.

La durée du sarcome est de treize mois environ et il est exceptionnel, selon Rudimeyer, qu'elle dépasse deux ans.

Dans le cas de Spillmann et Haushalter, l'affection semble remonter à deux ans. Chez notre malade, le début semblait remonter à quinze mois. La maladie peut, dans certains cas, évoluer beaucoup plus vite. Krönig rapporte une observation où la mort survint de six à dix semaines après le début; il en a été de même, chez le malade de M. Reymond (Ob. IV).

Le pronostic est fatal et la mort est toujours la terminaison de cette redoutable affection.

La mort peut survenir tantôt, et le plus souvent, par cachexie, tantôt par compression d'un organe indispensable à la vie, tantôt enfin par thrombose. Parfois le malade succombe comme un cardiaque. La dyspnée devient extrême, la cyanose considérable et le malade meurt en asystolie (Ob. V).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est toujours très difficile. On peut cependant l'établir avec beaucoup de probabilité, même en laissant de côté la recherche des éléments sarcomateux dans les crachats.

Si on constate, en effet, chez un individu, les phénomènes subjectifs et objectifs d'une maladie chronique du poumon avec une évolution rapide, sans fièvre, s'accompagnant d'une expectoration souvent sanguinolente, de symptômes dyspnéiques et qui est associée à la cachexie, on peut affirmer l'existence d'une tumeur maligne ; mais rarement ce syndrome accompagne la lésion. Les phénomènes sont le plus souvent diffus. La douleur, les quintes de toux, la dyspnée n'ont rien de caractéristique et la maladie prend souvent l'aspect d'une affection pulmonaire. Etudions donc ces affections et cherchons à les différencier du sarcome, et d'abord passons en revue les maladies chroniques du poumon :

Le sarcome au début a été souvent pris pour de la tuberculose. La toux, l'amaigrissement, la

dyspnée sont en effet des symptômes communs aux deux maladies. Mais la tuberculose débute par le sommet pour se généraliser bientôt aux deux poumons ; sa marche est constante, progressive mais lente. Et d'ailleurs, l'examen des crachats nous permet aujourd'hui de reconnaître s'il y a tuberculose. De plus, le tuberculeux a souvent des poussées fébriles qu'a rarement le sarcomateux.

Le diagnostic avec la sclérose pulmonaire se fait en considérant la bénignité et la lenteur de cette lésion. Ici en effet pas de dyspnée, pas de point de côté. Le malade se maintient sans perdre de forces. La sclérose a de plus pour elle l'âge et le terrain. Elle se développe en effet surtout chez les individus d'un certain âge et le plus souvent alcooliques ou brigthiques.

Le kyste hydatique a, avec le sarcome, de commun tous les signes de percussion, d'auscultation et de compression, mais ici encore, la maladie a une évolution lente et les symptômes fonctionnels sont nuls. En outre, si l'on fait une ponction, le liquide est couleur *eau de roche*, caractère certain de la lésion.

Parmi les affections aiguës le sarcome a pu être confondu avec la phtisie aiguë. Il y a en effet des formes de sarcome à évolution rapide qui ont tous les caractères de la phtisie. Icovesco rapporte dans les bulletins de la Société anatomique un cas où

cette confusion eut lieu. Le plus souvent, toutefois, la marche n'est pas si rapide.

L'anévrysme de l'aorte présente des phénomènes de compression analogues à ceux du sarcome. Mais d'habitude ici, la tumeur est pulsatile; de plus, le malade éprouve un grand soulagement lorsqu'il se penche en avant.

Parfois une hydropéricarde peut simuler un sarcome; mais, dans ce cas, les bruits du cœur sont plus éloignés, plus sourds, parce que la transmission se fait moins bien dans un liquide que dans un solide.

Le diagnostic devient beaucoup plus difficile quand l'affection se cache sous les apparences d'une pleurésie. Comment les différencier l'un de l'autre?

La persistance d'un épanchement n'a qu'une signification relative; la qualité du liquide n'a guère plus de valeur. L'épanchement peut être, en effet, hémorrhagique dans les pleurésies ordinaires et surtout dans les pleurésies tuberculeuses.

Il est toutefois un signe qui, dans les cas de sarcome, peut mettre sur la voie du diagnostic: c'est la formation rapide d'un épanchement sanguinolent à la suite d'une ponction. On a remarqué, en effet, dans les cas de sarcome (Obs. II, III, IV) qu'après chaque ponction les signes pleurétiques, loin de diminuer, prenaient une intensité plus grande. Les phénomènes stéthoscopiques et physiques sont en complet désaccord avec le volume

de l'épanchement. Très souvent le thorax est dilaté, compact, les vibrations sont abolies et le silence respiratoire complet. Et cependant si on pratique la ponction, on ne trouve que peu de liquide. Dans ce cas, on doit toujours examiner le liquide des ponctions. Bien plus, on fera bien, pour rejeter l'idée de tuberculose, d'injecter une seringue de ce liquide à des cobayes ; l'hésitation sera levée au bout d'une quinzaine de jours.

La pleurésie interlobaire est une des affections qui ont été le plus souvent confondues avec le sarcome pulmonaire ; dans trois des observations que nous rapportons, l'erreur a été faite au début.

Les signes fournis par l'auscultation et la percussion sont, en effet, identiques. De plus, quand on fait une ponction, il arrive souvent dans ce cas, comme dans le sarcome, qu'on retire du liquide hémorrhagique et le diagnostic ne laisse pas que d'être embarrassant. Mais dans la pleurésie interlobaire, lorsqu'on fait la ponction, on n'a pas la sensation d'anfractuosités franches. De plus, dans ce cas, le sujet peut se coucher et se couche toujours au début sur le côté malade pour dégager le côté sain. Cela n'arrive jamais chez le sarcomateux, à cause des douleurs atroces que lui procure cette position (Obs. IV).

Dans certains cas, la maladie reste cachée sous le masque de troubles cardiaques (Obs. IV et V). Dans le cas de Scheck, on attribua pendant près de trois ans à une hypertrophie du cœur et à des

embolies les hémorrhagies pulmonaires qui se produisaient.

Enfin, il est deux autres affections impossibles parfois à différencier du sarcome ; je veux parler du cancer et du sarcome pleural.

Le sarcome et le cancer ont une évolution clinique à peu près identique. Même début, même marche, même terminaison. La dyspnée, la toux, la douleur, les signes de compression, les symptômes fonctionnels sont communs aux deux maladies ; la durée, les complications ne diffèrent pas plus dans un cas que dans l'autre. Il y a cependant trois signes différentiels que nous allons exposer. Ces trois signes sont : le teint jaune paille propre au cancer ; le cornage et la diminution des globules blancs dans le sarcome. Sans vouloir attribuer une trop grande importance à cette triade symptomatique, nous croyons cependant qu'elle a une certaine valeur.

Nous savons que la cachexie se caractérise chez les cancéreux par un amaigrissement rapide avec une teinte jaune paille de la peau. Le sarcomateux n'a pas cette couleur spécifique. Il devient anémié, pâle, mais n'a jamais la teinte jaune paille caractéristique du cancer.

Le cornage, qui est rare dans le cancer, existe souvent dans le sarcome. Schwalbe insiste beaucoup sur l'importance de ce symptôme qui, pour lui, doit exister toujours et est, par suite, pathognomonique. Le sarcome, dit-il, a son point de

départ dans les bronches. Tout en se développant, il obture les canaux aérifères et produit le cornage. Sans vouloir être aussi absolu que Schwalbe, nous reconnaissons cependant à ce symptôme une certaine valeur.

Enfin, Braunreuter a prétendu que dans les sarcomes, surtout dans les lympho-sarcomes, les globules blancs étaient diminués.

Les urines peuvent aider dans certaines circonstances. Le plus souvent, elles ne renferment ni sucre ni albumine ; mais, en retour, la proportion d'urée est diminuée. Chez notre sujet, qui urinait deux litres par jour, le taux de l'urée avait baissé à 14 grammes.

Le sarcome pleural se distingue par l'absence de symptômes pulmonaires. Il n'y a, dans ce cas, ni toux ni expectoration (Obs. II). En retour, nous avons ici de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone (Obs. II), phénomènes rares dans le sarcome pulmonaire.

Les phénomènes de matité, d'affaiblissement ou d'abolition des vibrations respiratoires semblent se généraliser beaucoup plus vite dans le cas de sarcome pleural. Les bruits du cœur sont peu nets et ne retentissent pas comme dans le cas de sarcome pulmonaire.

Enfin, lorsque faisant une ponction exploratrice, on ne ramène pas de liquide hémorrhagique, on peut assurer l'intégrité de la plèvre et la localisation tout à fait pulmonaire de la tumeur.

TRAITEMENT

Le traitement du sarcome primitif du poumon peut être palliatif ou curatif.

Le traitement palliatif s'adresse surtout à la douleur ; on emploiera pour le combattre les narcotiques, le chlorhydrate d'ammoniaque à hautes doses sans craindre la morphinisation. Les vésicatoires appliqués sur les points douloureux ont parfois donné de bons résultats.

Contre la dyspnée d'origine pleurétique on aura recours à la thoracentèse. Quelques cliniciens toutefois rejettent absolument la ponction. La dyspnée, disent-ils, n'est pas calmée par la ponction ; l'épanchement reparaît très rapidement. Cet épanchement s'accompagne presque toujours de nouvelles hémorrhagies de la plèvre qui nécessitent des ponctions fréquentes.

Barié a dit, répondant à ces objections, qu'il est difficile de refuser une ponction à un malade dont la poitrine renferme un épanchement considérable, ne dût-il en éprouver qu'un soulagement éphémère. Quant à la reproduction du liquide et à l'affaiblissement qu'entraînent les ponctions, ce

sont des faits indiscutables. Nous pensons cependant que la thoracentèse doit être pratiquée dans les cas où la dyspnée est très intense.

Les hémoptysies si fréquentes au cours de la maladie seront combattues par la glace, les liquides froids, les styptiques.

Quant à l'utilité du traitement curatif, elle peut être reconnue mais dans des cas très rares.

On ne doit pas, en effet, toucher aux sarcomes du poumon situés dans la profondeur de l'organe, cette extirpation ne pouvant s'opérer qu'au prix de grands débridements.

Quand la tumeur est superficielle et bien limitée, l'intervention paraît plus rationnelle ; on doit toutefois être très réservé en pareille circonstance ; car l'opération peut donner un coup de fouet à l'affection qui évoluait d'une façon relativement lente. Et d'ailleurs la récurrence est le plus souvent la règle en pareille circonstance.

Kroenlein rapporte avoir fait la pneumotomie chez une jeune fille de 18 ans pour une tumeur sarcomateuse de la grosseur d'une noix. La malade paraissait complètement rétablie lorsque la tumeur récidiva peu de temps après. Une nouvelle opération fut pratiquée et on enleva cette fois une tumeur grosse comme le poing.

En résumé c'est surtout au traitement palliatif qu'il faut avoir recours ; le traitement chirurgical doit être très rarement employé, même dans le cas de tumeur superficielle et circonscrite.

CONCLUSIONS

1° L'existence du sarcome primitif du poumon ne doit plus être mise en doute ;

2° Son point de départ dans le poumon paraît être tantôt dans le tissu conjonctif péri-alvéolaire, tantôt dans les ganglions ;

3° Ses formes anatomiques et son évolution histologique sont excessivement variables et défient toute description ;

4° Cliniquement il présente une individualité spéciale quoique difficile à établir ;

5° Le diagnostic, difficile au début, devient de plus en plus facile avec la marche de l'affection.

OBSERVATION I. (Personnelle.)

Sarcome primitif du poumon gauche. Observation recueillie dans le service de M. le docteur Ferrand.

La nommée Marie G..., journalière, âgée de 34 ans, entrée le 26 juin 1893 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le docteur Ferrand, salle Sainte-Anne, lit n° 15.

Antécédents héréditaires : Père mort de variole ; mère encore vivante.

Antécédents collatéraux : Nuls.

Antécédents personnels : N'a jamais eu de maladie grave.

Réglée à 14 ans. Les menstrues ont toujours été normales. A eu deux grossesses en 1885 et 1889 ; les deux fois, enfant vivant et bien constitué.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle semble remonter au mois de juillet 1892. A cette époque, la malade entre à Lourcine où elle est traitée pour une pleurésie gauche ; elle était enceinte de six mois. Elle sort après un mois de repos, incomplètement guérie ; on ne lui aurait fait aucune ponction.

Deux mois après sa sortie de Lourcine, la malade étant près d'accoucher et souffrant toujours du côté gauche, se présente à la Charité où elle est reçue dans le service de M. le docteur Constantin Paul. Elle accouche à l'hôpital d'un enfant bien portant. Les suites de couches sont longues. Il se produit de l'amaigrissement avec perte considérable

des forces. La pleurésie gauche persiste toujours. Une ponction exploratrice est faite sans résultat.

Après un séjour de sept mois à la Charité, la malade quitte l'hôpital et reste deux mois chez elle, souffrant toujours de douleurs très vives dans le côté gauche.

Vers le 20 juin 1893 la douleur intercostale s'exaspère et il se produit une légère hémoptysie. Cette hémoptysie est peu abondante mais elle est néanmoins constituée par des crachats de sang rouge et presque pur. Cette éventualité décide la malade à revenir à l'hôpital pour la troisième fois. Elle entre alors à l'Hôtel Dieu.

Examen de la malade à son entrée, 26 juin 1893. — On se trouve en présence d'une femme de taille moyenne, légèrement amaigrie, à facies un peu pâle. Elle se plaint de douleurs intolérables dans le côté gauche et de gêne considérable dans la respiration.

A l'inspection on trouve une légère voussure de la paroi thoracique gauche, surtout en avant, en sorte que le sein gauche paraît plus volumineux que le droit.

A la percussion, zone de matité occupant en arrière et en avant les deux tiers inférieurs du poumon. Toutefois il existe en arrière, près de la colonne vertébrale, une zone de sonorité occupant trois travers de doigt à partir du bord inférieur du poumon. Le murmure vésiculaire est complètement supprimé dans la partie correspondant à la matité, c'est-à-dire qu'en arrière la respiration s'entend au sommet et à la base du poumon.

Il n'existe ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

Du côté droit, respiration supplémentaire caractérisée par un murmure vésiculaire un peu rude et une respiration soufflante.

Outre la névralgie incessante dont se plaint la malade, il faut noter une sensation de poids dans tout le côté gauche et des crises de dyspnée assez rapprochées.

La toux est fréquente, quinteuse et s'accompagne d'une expectoration muqueuse abondante sans caractères bien tranchés.

Le cœur est légèrement dévié à droite ; les bruits sont normaux, le pouls est également normal. Du côté du tube digestif, anorexie très marquée élective pour la viande ; constipation habituelle. Langue blanche et légèrement saburrale.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Les règles n'ont pas reparu depuis la dernière grossesse.

L'état général est médiocre ; apyrexie complète. Les jours suivants, l'état reste à peu près stationnaire.

Le 3 juillet. — Ponction exploratrice qui reste sans résultat. En présence de ces derniers symptômes et des résultats négatifs de la ponction on pense à une pleurésie interlobaire.

Le 20 juillet. — Crachats puriformes.

L'examen microscopique de ces crachats n'amène la découverte d'aucun bacille de tuberculose. Dans le cours du mois de juillet et d'août, l'état général s'affaiblit de plus en plus ; la malade maigrit et se cachectise.

La toux devient de plus en plus fréquente et l'expectoration très abondante (la malade expectore trois crachats par jour). La douleur intercostale n'est plus calmée que par des piqûres de morphine faites tous les soirs à la malade. Les signes physiques se modifient également peu à peu et voici ce que donne, vers le 4 septembre, un nouvel examen complet de la malade.

4 septembre. — Dyspnée de plus en plus marquée.

La voussure thoracique gauche a gagné la base du thorax où elle est même plus marquée qu'à la partie moyenne. Pendant la respiration l'immobilité de la paroi est complète. Un lacis veineux assez abondant s'aperçoit au dessous de la peau. La percussion dénote une matité absolue de tout le côté gauche.

Le murmure vésiculaire est complètement aboli. C'est à peine si le long de la colonne vertébrale on peut le percevoir lointain et très affaibli.

Les crachats sont sanguinolents mais d'une façon intermittente ; leur abondance est toujours considérable. Du côté droit rien d'anormal.

Le cœur est complètement dévié à droite. La pointe bat dans le quatrième espace intercostal droit à cinq centimètres environ de la ligne médiane. Pas de bruit anormal aux orifices.

Enfin l'exploration de l'aisselle gauche permet de constater la présence de cinq ou six ganglions du volume d'une grosse noisette, de consistance dure et roulant sous le doigt. Pas de ganglions sus-claviculaires.

Du côté du tube digestif les symptômes sont les mêmes que ceux constatés à l'entrée du malade. L'anorexie persiste ; l'amaigrissement et la cachexie progressent. Il convient de noter des vomissements toujours alimentaires se produisant presque aussitôt après le repas.

Les urines sont assez abondantes, le malade rend deux litres d'urine dans les 24 heures. Leur examen clinique ne révèle ni sucre, ni albumine. Le dosage de l'urée donne 7 grammes par litre, soit 14 grammes par jour.

Une ponction exploratrice faite à ce moment au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate donne un liquide hémorrhagique. Ce liquide examiné au microscope ne contient

comme éléments figurés que ceux qu'on trouve dans le sang.

Un nouvel examen microscopique et bactériologique des crachats reste encore négatif.

En présence de ces nouveaux symptômes on pense à un néoplasme pleuro-pulmonaire sans qu'il soit possible de déterminer la nature de ce néoplasme.

L'évolution de la maladie dans les jours suivants semble confirmer ce diagnostic, car la malade se cachectise de plus en plus. Vers le 15 octobre apparaît un œdème peu marqué et localisé aux membres inférieurs.

Enfin la malade succombe dans le marasme le plus complet le 15 novembre 1893.

Autopsie 36 heures après la mort. — Après l'ablation du plastron costo-sternal on aperçoit le feuillet pariétal de la plèvre adhérent à la paroi costale et que l'on détache avec peine du sternum.

Le cœur et le péricarde sont engagés sous la lamelle antérieure du poumon droit. Le bord gauche du cœur est environ à 2 centimètres à droite de la ligne médiane. Le déplacement s'est fait en masse car on n'observe aucune torsion des gros vaisseaux de la base.

Au dessous de la plèvre on voit une masse molle qui occupe la place du poumon gauche. L'extraction de cette tumeur est très difficile, car le feuillet pariétal de la plèvre qui l'enveloppe est très adhérent à la paroi costale, surtout à la partie postérieure. Cette séparation de la plèvre et de la paroi costale est néanmoins possible quoique laborieuse, en sorte que le poumon n'est en aucun point directement accolé à la paroi.

Le sac pleural étant déchiré par l'extraction des organes thoraciques, il s'en échappe une grosse masse blanchâtre

feuilletée, présentant l'aspect d'un gros chou-fleur. La consistance de cette tumeur est molle et rappelle celle de la substance cérébrale.

A la partie inférieure on trouve environ 300 grammes d'un liquide purulent. A la partie supérieure existe une petite poche de liquide jaune citron.

Enfin, vers la partie interne de la tumeur on trouve un petit foyer de pus jaune-verdâtre.

La tumeur, comme nous l'avons dit, était contenue dans une poche qui semblait être fournie par la plèvre épaissie. Vers la partie interne de cette poche on aperçoit une bande grisâtre, épaisse d'un demi-centimètre et formée de tissu pulmonaire fortement condensé. Il existe vers la partie supérieure de la tumeur un noyau de même nature : c'est tout ce qui reste du poumon.

La dissection des bronches faite en arrière à partir de la bifurcation de la trachée montre que parmi les canaux bronchiques, les uns vont se perdre dans ce qui reste du poumon, d'autres vont s'ouvrir en pleine tumeur.

Le poids du néoplasme est de 1800 grammes sans compter la paroi ni les parcelles de tumeur restées adhérentes à cette paroi.

Les ganglions du médiastin sont tuméfiés mais ne compriment aucun organe important.

Le poumon droit est sain, un peu congestionné. Le cœur est normal ; pas d'épanchement péricardique. La rate est bilobée, pèse 200 grammes. Les reins sont légèrement congestionnés. Les autres organes ne présentent aucune altération. Il n'a pas été trouvé de noyau secondaire dans aucun organe y compris le cerveau et la moelle.

L'examen histologique a été fait par M. Marie. Il a été

pratiqué dans diverses portions de la tumeur durcies à l'alcool. Cet examen a permis de constater qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes. Ces cellules étaient disposées en faisceaux, séparés par de minces travées conjonctives. La coupe des ganglions de l'aisselle a montré une disposition analogue des mêmes éléments sarcomateux.

Quant à la plèvre qui était épaissie, microscopiquement on a pu voir que cet épaississement était uniquement formé par du tissu fibreux sans trace d'éléments néoplasiques. L'examen de la portion du poumon qui était restée saine, a été également négatif.

OBSERVATION II. (Recueillie par M. Bernard interne dans le service de M. le docteur Lancereaux.)

Sarcome pleural.

Le nommé David R..., âgé de 23 ans, typographe, entre le 17 août 1893, dans le service du docteur Lancereaux.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

— *personnels.* — Déviation rachidienne à l'âge de 13 ans, simple bronchite en 1889.

Pas d'autre maladie antérieure.

Depuis trois mois le malade tousse et s'essouffle facilement. Au début il a eu un point de côté à gauche, qui a disparu au bout de peu de temps. Néanmoins il a pu continuer son métier jusqu'à maintenant.

Etat actuel. — On trouve à la percussion du poumon gauche en arrière une matité remontant de la base jusqu'au milieu de la fosse sus-épineuse.

A l'auscultation souffle dans toute l'étendue du poumon en arrière et dans l'aisselle.

L'inspection fait constater un aplatissement très notable de la partie postérieure gauche, du fait de la sclérose ancienne.

Le malade a maigri, perdu ses forces depuis le début de la maladie. Sueurs nocturnes.

Pas d'hémoptysie. Cœur normal.

19 août. — Matité remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate souffle dans toute la hauteur du poumon. Diminution de la transmission des vibrations thoraciques du même côté.

Léger essoufflement.

Une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz donne du liquide hémorrhagique, au niveau du bord interne de l'omoplate.

Le malade se plaint de douleurs vives dans le côté, occupant plusieurs espaces intercostaux en arrière et sur la ligne axillaire

24 août. — Douleurs et oppression moindres.

4 septembre. — Une thoracentèse pratiquée dans le sixième espace sur la ligne axillaire ne donne que quelques grammes de sang rouge et épais. Au microscope pas d'excès de globules blancs.

Le malade est très oppressé et se plaint de vives douleurs dans le côté, s'irradiant jusque dans la région lombaire; ces accidents reviennent le soir sous forme de crises.

12 septembre. — Amélioration très sensible des signes fonctionnels. Plus de dyspnée ni de crises douloureuses le soir. Il n'y a plus les fortes oscillations d'il y a une semaine.

22 septembre. — Les crises douloureuses apparaissent tous les soirs. Douleur diffuse occupant plusieurs espaces

intercostaux. En présence de la faible quantité de liquide obtenu dans les ponctions, on pense à une compression des nerfs intercostaux par d'épaisses fausses membranes.

2 octobre. — Pour la première fois on note la dilatation des veines de la paroi thoracique du côté gauche, en avant et en arrière. On voit la pointe du cœur battre à droite du sternum.

Il existe une matité absolue en avant et en arrière, sauf sous la clavicule où il y a du skodisme. Le souffle a pris un timbre plus rude, tubaire surtout à l'expiration. Les vibrations thoraciques sont très diminuées. Toujours la ponction exploratrice ramène peu de sang. Il faut enfoncer l'aiguille à une profondeur de 6 à 8 centimètres; on n'a pas la notion de résistance vaincue comme dans les grands épanchements.

10 octobre. — Depuis quelques jours délire tranquille consistant seulement en paroles sans suite. Malade très amaigri, ne mange plus. Son thorax est maintenant très dilaté du côté gauche.

La matité est absolue jusque sous la clavicule. Egophonie. Pectoriloquie aphone.

Pointe du cœur bat sous le mamelon droit.

Pas de souffle cardiaque. L'espace de Traube n'existe plus.

Urines rouge foncé.

Densité 1020.

Ni sucre ni albumine.

Le malade ne se plaint plus des souffrances atroces qu'il éprouvait dans le côté; il ne tousse pas, ne crache pas. Depuis son entrée il a toujours été le même au point de vue de l'absence des symptômes pulmonaires.

19 octobre. — L'amaigrissement progresse, le malade dit qu'il ne souffre pas.

Battements du cœur réguliers, bien frappés. Souffle léger au premier temps et à la pointe.

24 octobre. — Thorax très dilaté; le périmètre total du thorax égale 90 centimètres. Circulation veineuse collatérale très développé en avant et en arrière et s'étendant un peu à droite.

Immobilité absolue du côté gauche dans les mouvements respiratoires. Matité absolue de ce même côté. Vibrations thoraciques sont très faibles mais ne sont pas complètement abolies; on les retrouve encore en arrière et à la base.

Le malade est très pâle, très anémié, mais n'a pas le teint jaune paille.

Pas d'œtème, pas de diarrhée.

31 octobre. — A la palpation on sent sous les fausses côtes gauches une saillie qui s'étend jusqu'à l'ombilic, analogue à une rate paludique très augmentée.

Le néoplasme a refoulé le diaphragme, le muscle ne se contracte plus de son côté gauche. Retrécissement de la fente palpébrale.

7 novembre. — Apparition du muguet sur la langue.

13 novembre. — Le soir le malade est étendu sur le dos, murmure quelques paroles sans suite et exprime de temps en temps sa souffrance par des contractions du visage.

Vaso-dilatation de la moitié droite du visage. Ce côté est le siège de sueurs abondantes qui contrastent avec la sécheresse de l'autre côté.

Les mêmes phénomènes existent sur le reste du corps quoique moins accentués. 44 inspirations par minute

sans intermittence. Râles bruyants à l'auscultation du poumon droit, rendant difficile l'examen du cœur. Pouls régulier, bien frappé, 120 pulsations. Les extrémités sont froides, non cyanosées surtout du côté droit. Le malade laisse aller ses urines et ses matières.

Mort à 5 heures 1/4 du soir.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, le sternum est déjeté du côté malade; il a subi une translation et une rotation en dehors, Foie non abaissé. A gauche le diaphragme est abaissé et forme une voussure dont la concavité regarde vers le plan médian; à droite la convexité du diaphragme affleure le bord de la cinquième côte. A gauche elle est abaissée à 20 centimètres au dessous de ce niveau. Ce déplacement répond à la tumeur que l'on sentait sur le vivant. Rein gauche abaissé jusqu'au promontoire. Quand on enlève le plastron, les veines dilatées pendant la vie saignent facilement; les veines du côté droit ne saignent pas.

A droite le plastron s'enlève bien; poumon normal, il se soulève facilement et soulevé, la plèvre d'une transparence parfaite, laisse voir les nerfs intercostaux. Le cœur est tout à droite de la ligne médiane. A gauche le plastron adhère à partir de trois travers de doigts du bord du sternum. En cherchant à l'enlever, on crée une cavité d'où jaillit un liquide citrin. Le plastron enlevé on est en présence d'une masse molle, blanche, s'enlevant par morceaux, ayant l'aspect d'une cervelle de mouton.

Dans cette masse on voit la cavité d'où jaillit le liquide citrin. Les fausses membranes tapissent cette cavité qui représente la plèvre. Le poumon se retrouve au sein de la tumeur réduit à un bloc compact et infiltré de deux ou trois noyaux.

Les espaces intercostaux ont été eux aussi infiltrés par la substance. Quelques noyaux existent dans l'épaisseur des côtes : aucun dans le rachis. Le cœur est petit, tout entier situé à droite de la ligne médiane. Les orifices ne présentent pas de lésions.

Le péricarde ne contient pas de liquide. Il est entièrement fusionné avec la plèvre médiastine gauche et dans sa cavité on voit par transparence les masses blanches de la plèvre qui ont envahi le feuillet fibreux et font saillie dans la séreuse péricardique.

Le médiastin postérieur est comblé par le néoplasme et il est impossible d'y déceler ce qui appartient aux ganglions de ce qui appartient à la plèvre. Tous les organes qu'il contient sont perdus dans la masse. On arrive à dégager l'aorte et l'œsophage ainsi que les pneumogastriques et le récurrent du côté gauche. Les organes devaient subir une compression peu considérable par suite du peu de consistance de la tumeur rappelant les circonvolutions cérébrales.

Le canal thoracique ne peut être retrouvé.

L'aorte est toute petite, non altérée.

Pas d'oblitération artérielle ni au cou ni dans les cavités du tronc.

Les veines caves et le tronc veineux brachio-céphalique sont libres ; seule la veine jugulaire gauche contient un caillot.

Au cou pas de ganglions envahis ; pas de compression des pneumogastriques.

Du côté de l'abdomen on voit à travers le péritoine diaphragmatique et à gauche quelques masses qui infiltrant le diaphragme.

De même près de l'orifice aortique on trouve au devant des vaisseaux quelques ganglions envahis et transformés en masses néoplasiques, dont un gros comme un œuf de pigeon.

Rien aux autres organes.

Foie 1,300 grammes.

Les veines méningées sont gorgées de sang qui s'échappe à l'ouverture. Pas d'oblitération.

Rien aux centres nerveux.

OBSERVATION III

Sarcome du poumon gauche; Généralisation; Pleurésie purulente à pneumocoques, par Gaston Walch, interne des hôpitaux; *Bulletin de la Société anatomique* 1892.

Le nommé H... L., couvreur, âgé de 30 ans, se présente à l'hôpital Laënnec, le 16 novembre 1892; il est admis dans le service de M. le docteur Ferrand. Le malade respire difficilement et se plaint d'une douleur pongitive très violente au niveau du mamelon gauche.

17 novembre. — Les phénomènes asphyxiques se sont atténués; la douleur est également affaiblie. Interrogé le malade dit n'avoir fait antérieurement aucune maladie.

Au mois de mai 1891 il a été soigné chez lui pour une pleurésie. Il ne fut pas pratiqué de thoracentèse.

La convalescence de cette première atteinte fut longue et depuis le malade, à aucun moment, n'a recouvré une santé parfaite. Depuis il a eu souvent des accès de quinte

de toux ; il a un peu maigri mais jusqu'à ces derniers jours l'appétit était conservé.

A l'examen du thorax on note les signes suivants : à la percussion le poumon gauche est mat, en arrière, vers sa portion moyenne sur une étendue de 8 à 10 centimètres.

A l'auscultation, absence du murmure vésiculaire à ce niveau ; souffle rude et prolongé à l'expiration ; diminution des vibrations thoraciques. Au dessus et au dessous de cette région le murmure respiratoire est un peu affaibli par rapport au côté sain.

Rien de particulier dans les autres organes.

La température est de 40 degrés ; le pouls est petit, fréquent ; la respiration pénible, précipitée.

Le 19. — La température est de 37°. L'état général présente une amélioration sensible, l'appétit revient.

Les signes stéthoscopiques sont les mêmes.

Les deux jours oscillations de la température entre 37° et 38°.

Le 21. — La température monte brusquement à 40°.

Pendant les jours qui suivent, la température présente une évolution irrégulière, difficile à expliquer. Elle descend à 37° en deux ou trois jours et remonte à 40° en deux ou trois jours également.

On constate alors des sueurs visqueuses, profuses, le malade a un teint terreux. Le souffle augmente d'intensité. Le docteur Ferrand pratique la thoracentèse qui donne issue à un demi-verre de pus verdâtre. Les jours suivants la fièvre n'ayant pas diminué on se décide à pratiquer l'empyème.

J'incise la paroi thoracique dans le septième espace intercostal en dedans de la pointe de l'omoplate. Il ne s'écoule qu'une quantité minime de pus.

Drainage. — Pus pur, sans odeur.

L'examen microscopique du pus me révèle la présence de pneumocoques en grand nombre. Des cultures sur gélose donnent du pneumocoque pur. Mon collègue Veillon inocule plusieurs cobayes qui succombent au bout de 24 heures.

Après l'empyème la fièvre ne cède pas ; l'état général devient alarmant.

Le 22. — Brusquement le malade tombe dans la prostration la plus complète. La respiration devient très pénible. Mort le 26 novembre.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve le péricarde distendu par un litre environ d'un liquide doré citrin.

Le poumon gauche apparaît sous forme d'une masse dure accolée aux côtés avec lesquelles il a contracté des adhérences faciles à rompre. On ne peut enlever le poumon sans le dilacérer. A la coupe il présente l'aspect lardacé ; par le raclage on obtient un liquide laiteux. Le médiastin postérieur est peu envahi. Les ganglions bronchiques sont dégénérés mais ne comprennent pas les organes environnants.

Péricarde. — Noyaux cancéreux, quelques-uns du volume d'une noix.

Foie. — Farci de petits noyaux cancéreux.

Reins. — Volumineux, congestionnés. Pas de dégénérescence cancéreuse.

Examen histologique. — Praticué par mon collègue Thérèse qui reconnaît qu'il s'agit d'un sarcome médullaire.

OBSERVATION IV

Sarcome primitif du poumon gauche, par E. Reymond, interne des hôpitaux. — *Bulletin de la Société anatomique*, mars 1893.

Le 24 janvier entre dans le service de notre maître, le docteur Guyot à Beaujon, un jeune homme de 23 ans, cocher, Maxime F...

Plusieurs des parents du malade sont morts tuberculeux. Quant à lui sa santé avait été bonne jusqu'en octobre dernier.

Il y a cinq mois, à la suite d'un refroidissement, dit le malade, il éprouva une crise de dyspnée en même temps qu'une douleur dans l'épaule gauche, douleur s'étendant dans le bras et jusque dans les doigts. Il dut prendre le lit pendant 8 jours. Le médecin qui vint le soigner lui mit un vésicatoire sur la région précordiale et lui ordonna du salicylate et de la digitale.

Le malade avait repris ses occupations lorsque, à la fin de décembre, il eut froid à nouveau, dit-il, et les symptômes précédents réapparurent. Ils persistent pendant le commencement de janvier; des hémoptysies se produisent alors et comme le malade maigrissait, il se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment l'auscultation ne donne aucune indication; celle du cœur laisse entendre un léger frottement du péricarde et comme les douleurs qu'avait eues le malade paraissaient se rapporter à du rhumatisme, on fit le diagnostic de péricardite sans épanchement. Mais l'état du malade se modifie rapidement et si nous le revoyons le

4 mars, voici les symptômes que nous observons : Le malade est pâle mais non cyanosé. Les douleurs dont il se plaint siègent du côté gauche de la poitrine ; celles de l'épaule sont moins accentuées qu'au début. La douleur oblige le malade à rester couché sur le côté droit ; elle devient très vive alors qu'il essaye de se coucher à gauche ou même sur le dos. L'appétit est conservé, mais le malade éprouve une certaine difficulté à avaler les aliments solides.

Son pouls est très rapide mais sa température oscille autour de 38° seulement.

En observant le malade, on est tout d'abord frappé par l'amplitude qu'a prise le côté gauche du thorax et frappé aussi de voir les pulsations cardiaques soulever le 6^e espace intercostal sous le mamelon droit. La recherche la plus minutieuse des ganglions axillaires et autres ne donne aucun résultat. L'examen du poumon donne les signes suivants : matité absolue sous la clavicule gauche submatité en avant et en bas. Submatité en arrière sur toute la hauteur. Le murmure respiratoire est complètement aboli à gauche et en avant depuis la clavicule jusqu'au sixième espace intercostal ; on l'entend en arrière mais extrêmement affaibli et s'éteignant progressivement les jours suivants. Egophonie légère en arrière et à gauche.

L'examen du cœur révèle les signes suivants : on voit la pointe battre au dessous du sein droit. Les jours suivants cette déviation devait s'accroître encore et au moment de la mort la pointe battait à trois travers de doigt en dehors de la ligne du sein droit. La percussion confirme le déplacement de la masse cardiaque. L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal ; on est frappé de ce

que les bruits cardiaques s'entendent dans tous les points du thorax ; non seulement en arrière et à droite, mais encore en arrière et à gauche malgré le grand éloignement du cœur. En ce point les bruits du cœur n'ont pas le même timbre. L'examen spectroscopique du sang indique une proportion de 11 0/0 d'oxyhémoglobine, ce qui fait penser que le sang n'est pas dilué. L'examen microscopique du sang indique une proportion à peu près normale des globules blancs et rouges ; l'on n'y trouve pas d'éléments cancéreux pouvant aider le diagnostic.

Des cultures faites avec le sang restent stériles. Cinq jours après, l'état du malade devenant toujours plus inquiétant, M. Millard que M. Guyot prie de vouloir bien examiner le malade, considère comme certaine la présence d'une grosse collection.

Nous fîmes une nouvelle ponction au sixième espace et dans la ligne axillaire. Le trocart enfoncé de cinq centimètres ne ramenait rien, mais enfoncé jusqu'à la garde et dirigé obliquement en haut, il retrouvait la cavité à un bruit de piston.

Le cœur bat 130 pulsations par minute ; le pouls est petit.

Le 9 mars l'externe de service, M. Delestre, fait une ponction avec une seringue de Pravaz dans le troisième espace intercostal en avant, au point où la déformation thoracique paraît le plus accentuée ; son aiguille assez courte ramène une demi-seringue de liquide limpide.

Le même jour, au même point, nous faisons une nouvelle ponction avec le trocart en l'enfonçant assez profondément jusqu'à ce que nous sentions sa pointe libre dans une vaste cavité ; il sort du sang dont nous nous contentons de retirer 50 grammes.

Ce sang n'est pas noir comme celui des pleurésies hémorrhagiques de la première ponction. On en retire 70 grammes environ, après quoi le malade eut un court soulagement. Puis la maladie reprit son cours; les crachats sanguins reparurent, jamais ils n'eurent l'aspect gelée de groseille caractéristique.

A partir du 20 mars la température monte à 40°; le malade avale difficilement même les liquides; il parle très bas et difficilement. Il meurt d'asystolie le 23 mars.

Autopsie. — On constate que le poumon gauche est transformé en une énorme masse remplissant la plus grande partie du thorax. Les autres organes offrent peu de lésions.

Le cœur a des parois un peu flasques; le péricarde contient une petite quantité de liquide sans importance. Le foie est un peu congestionné. Les reins sont gros, très congestionnés. Le malade aurait eu de l'albumine les derniers jours de sa maladie.

Le poumon droit refoulé en arrière et en dehors paraît n'être plus perméable à l'air en tous ses points. La plevre gauche contient aussi peu de liquide légèrement teinté en rose; elle est adhérente à elle-même en plusieurs points mais ne paraît pas être le siège de noyaux néoplasiques; on la détache assez facilement du poumon qu'elle revêt.

Il paraît exister très peu de généralisation ganglionnaire; les gros ganglions sont ceux voisins du hile qui atteignent à peine la grosseur d'une dragée.

Quant au poumon lui-même il pèse 2 kil. 300; une fois sectionné on constate qu'il existe au centre du lobe supérieur une autre poche remplie de près d'un litre de sang. Les parois de la poche sont anfractueuses; dans le liquide

sanguin nagent des débris les uns libres et les autres tenant par un mince pédicule.

Les parois de la poche sont molles et rouges ; il faut se rapprocher de la plèvre pour trouver un tissu dur et gris. Ce tissu existe presque en tous points sous la plèvre ; il enveloppe la tumeur d'une coque presque complète.

Examen histologique. — C'est dans cette coque plus ferme que nous pratiquons d'abord des coupes histologiques après congélations. Voici ce que nous trouvâmes en allant de dehors en dedans :

Sous la plèvre une même zone où les vaisseaux sont nombreux et dilatés ; les lobules pulmonaires les plus voisins de la plèvre ont leur paroi conservée ; leurs cavités sont pleines de cellules paraissant néoplasiques.

A mesure qu'on s'éloigne de la plèvre pour se rapprocher du centre de la tumeur, les globules sont moins nets ; leurs parois disparaissent et on ne trouve bientôt plus que des cellules juxtaposées.

Nous avons ensuite pratiqué des coupes dans la partie la plus centrale de la tumeur, dans la paroi de la poche sanguine. L'examen très sommaire que nous avons fait nous montre des cellules embryonnaires légèrement allongées, n'étant séparées par rien les unes des autres. Par place les groupes de cellules sont séparés par des faisceaux de tissu conjonctif.

OBSERVATION V

Sarcome du poumon gauche ; Symptômes simulant au début une affection aortique. — Spillmann et Haushalter. *Gazette hebdomadaire*, décembre 1891.

Frédéric K..., 42 ans, cordonnier. Père et mère morts de

maladie inconnue. Pas marié. A 40 ans, a eu au cou des ganglions suppurés ; pas de maladie grave ; pas de syphilis ; a fait autrefois quelques excès alcooliques. Depuis deux ans, il a de temps en temps dans le côté gauche quelques douleurs qu'il attribue à la fatigue et par moment des battements de cœur. Au commencement de 1894, le malade vient à la consultation se plaignant de palpitations ; jusqu'alors, il n'a pas cessé de travailler. C'est un homme très pâle ; la région précordiale est soulevée par des battements énergiques. A la base du cœur on entend un souffle systolique ; nous diagnostiquons une affection aortique et l'engageons à entrer à l'hôpital ; il entre le 6 avril.

6^e avril. — Homme très pâle, très amaigri ; apyrexie, pas d'albumine dans les urines ; pas de troubles notables des fonctions digestives ni du système nerveux ; voussure précordiale ; choc du cœur au sixième espace sur la ligne mamillaire. La matité précordiale va en largeur de la ligne mamillaire gauche à la ligne parasternale droite ; pas de matité augmentée au niveau de la crosse de l'aorte. Battements diffus au niveau de la région précordiale ; frémissement cataire systolique au niveau du sternum. Bruit systolique de la pointe net, intense. A la base, souffle systolique ; rude au tiers supérieur du sternum vers la droite ; bruit diastolique de la base très net. A droite, la sonorité et la respiration sont normales. A gauche voussure notable de tout le thorax, portant surtout sur la région comprise sous l'omoplate entre la gouttière vertébrale et la ligne axillaire.

A la percussion, sous la clavicule gauche et en avant, son tympanique ; dans l'aisselle, son très ample, très profond, matité sur une zone de la largeur d'une main par-

tant de la fosse sus-épineuse pour gagner la base en longeant la colonne vertébrale. Sous la clavicule et dans l'aisselle respiration renforcée, supplémentaire ; dans la gouttière vertébrale, au niveau de la matité, respiration faible, voilée, sans modifications de la voix. Abolition des vibrations vocales à ce niveau. Peu de toux, pas d'expectoration, pas de dyspnée, pas de ganglions sus-claviculaires.

7 août. — Ponction exploratrice dans l'aisselle. On ramène quelques grammes d'un liquide rougeâtre dans lequel l'examen microscopique ne permet de reconnaître comme éléments figurés que quelques globules rouges.

Durant le mois d'avril, l'état général va se détériorant ; la pâleur croît, l'amaigrissement s'accroît, apyrexie. Les signes cardiaques restent les mêmes ; la voussure du thorax s'accroît dans l'aisselle et en avant surtout à la base, la zone de matité augmente.

Le 20 août elle a envahi l'aisselle et gagné jusqu'au troisième espace intercostal ; sous la clavicule, son clair skodique. Au niveau de la matité murmure vésiculaire aboli, très affaibli sous la clavicule.

27 avril. — Matité complète dans tout le côté gauche du thorax jusque sous la clavicule ; absence de vibrations vocales, silence respiratoire. Battements cardiaques diffus entre la ligne mamillaire et le sternum. Mêmes signes stéthoscopiques cardiaques. Pouls très petit ; pâleur croissante ; pas de dyspnée ni de toux. Amaigrissement. Sueurs.

1^{er} mai. — Pouls presque incomptable ; pas de dyspnée ; apyrexie.

4 mai. — Etat syncopal. Mort le 5 mai.

Autopsie. — Tout le côté gauche du thorax est fortement bombé, le sternum dévié à droite et en bas.

Après l'ouverture de l'abdomen, on constate que toute la partie gauche du diaphragme est refoulée vers la cavité abdominale sous forme d'une masse arrondie, grosse comme une tête de fœtus. Cette masse repousse fortement le foie dans l'hypocondre droit.

La partie antérieure du thorax étant enlevée, on voit le cœur dévié vers la droite, derrière le sternum. La base de l'organe est située immédiatement en avant du mamelon. Le cœur a un volume normal ; le muscle est un peu pâle ; les valvules sont saines.

Le poumon droit est un peu volumineux, emphysémateux en avant, congestionné à la base. Son poids est de 925 grammes ; il est refoulé très en dehors contre les côtes par le poumon gauche.

Les organes étant en place dans le thorax on voit le poumon gauche réduit à une languette mince, large de quatre centimètres environ. Sous cette languette, en arrière du cœur et refoulant le cœur en avant, se trouve une masse dure, grosse comme une tête d'enfant ; en dehors et à gauche de cette masse une poche fluctuante à surface triangulaire à base inférieure. C'est cette poche qui refoule le diaphragme dans l'hypocondre gauche. Cette poche contient environ un litre de liquide rougeâtre. La plèvre est épaissie. Dans la poche font saillie à la partie interne deux bosselures grosses comme une noix, faisant corps avec la tumeur.

La tumeur et le poumon gauche faisant corps pèsent réunis 3.095 grammes, la tumeur mesure 28 centimètres de longueur et 17 centimètres de largeur, la consistance est dure. A la coupe, on trouve au centre une masse rouge, grosse comme une orange, un peu plus molle que le reste du tissu dont elle est séparée par une sorte de

paroi formant kyste. Tout autour, la tumeur est dure, fibreuse, blanche, composée de lames fines, stratifiées ou disposées en tourbillons.

A la partie inférieure, la tumeur est creusée de lacunes grosses comme des noisettes remplies de magma rougeâtre. Tout autour de la tumeur est appliqué le tissu pulmonaire, condensé sous forme de lames grisâtres ; mais il est facile de voir qu'à la partie supérieure le poumon est pénétré par la tumeur qui semble implantée.

La crosse de l'aorte s'est creusée une loge dans la tumeur mais ne paraît pas comprimée par elle. L'aorte descendante est appliquée contre la tumeur mais lâchement adhérente à elle par des tractus faibles ; il en est de même pour l'œsophage.

Le foie est gros ; il pèse 1.300 grammes.

Reins et rate normaux. Pas de ganglions hypertrophiés.

Examen histologique de la tumeur pratiqué par M. le professeur Baraban :

La tumeur est un sarcome hystique appartenant à la catégorie des sarcomes fasciculés. On y rencontre des cavités ; la consistance de la tumeur est variable. Les variations de consistance sont dues à la quantité plus ou moins grande de substance amorphe entre les cellules fusiformes qui constituent les éléments de la tumeur. Cette substance amorphe est assez abondante en certains points pour que les vaisseaux en soient complètement entourés et se trouvent par là plus exposés aux ruptures. On trouve du reste, çà et là, des amas de globules rouges extravasés ou des granulations amorphes d'hématoïdine.

Dans les parties les plus dures, la structure de la tumeur rappelle celle du fibrome. On y trouve néanmoins des vaisseaux assez dilatés, comme dans les parties de

moindre consistance, mais ils y sont moins nombreux. Les dilatations vasculaires en général exceptionnelles dans les fibromes indiquent peut-être que cette tumeur était sarcome à l'origine et qu'elle ne doit pas être envisagée comme un fibrome transformé en sarcome, mais comme un sarcome dont certaines parties auront depuis quelque temps subi l'induration fibreuse.

La plupart des cavités visibles à l'œil nu ont pour paroi ce tissu induré ; leur face interne est lisse comme si elle était revêtue d'un épithélium, mais en réalité il n'y a pas d'épithélium.

Les parties périphériques de la tumeur, sauf en arrière, contiennent des trainées de pigment pulmonaire, seul vestige en ces points du tissu de l'organe qui est à la fois refoulé, tassé par l'augmentation de volume du sarcome et envahi par la néoplasie elle-même ; ce pigment paraissait résister au processus envahissant plus longtemps que les fibres elles-mêmes et celles-ci plus que les autres éléments venant du poumon.

L'oblitération des alvéoles se fait par épaissement graduel des parois ; l'épithélium disparaît.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Fuchs.* — Beiträge zur Kenntniss der primären Geschwulstbildungen in der Lungen. (Munich, 1886).
- Spillmann et Haushalter.* — Diagnostik des tumours malignes du poumon. Gaz. hebdom. de 1891.
- Schech.* — Prim Lungen Sarcom. (Deutsch. Archiv. für Klin. med. 1891).
- Colomatti.* — Rivitia clinica di Bologna, 1879.
- Krænelein.* — Correspondenz Blatt für Schweizer Aertze 1887.
- Kronig.* — Berliner Klin. Woch, 1887.
- Braunreuter.* — Thèse Munich 1891. Sarcome primitif des ganglions bronchiques et du poumon avec noyaux secondaires dans le foie.
- Schwalbe.* — Zur Lehre von den primären Lungen und Bristfellgeschwusten. Deutch und Woch. 1891.
- Krænelein.* — Résection du poumon pour sarcome récidivant de la paroi costale. (Berlin. Klin. Woch. 1884).
- Rutimeyer.* — Correspondenz Blatt. Schweitzer, Aertze, 1888.
- Klebs.* — Sarcome pulmonaire. (Correspondenz Blatt. Schweitzer Aertze, 1879).
- Marini.* — Sarcome primitif du poumon. R. des Sciences médicales, 1870.

- Icovesco.* — Sarcome pulmonaire simulant la phtisie.
(Société anatomique, 1888).
Walch. — Sarcome primitif du poumon gauche. Généralisation. Pleurésie purulente à pneumocoques.
(Société anatomique, 1892).
Reymond. — Sarcome primitif du poumon gauche. (Société anatomique, 1893).
-

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD.

Vu : par le Président,
LANDOUZY.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

P.D. Poumon droit	D.I. Diaphragme
P.G. Poumon gauche	F. Foie
V.D. Ventricule droit	E. Estomac
V.G. Ventricule gauche	R. Rate



